



2.1.1 (1) IR 5

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Fragen Mammographie / Sonographie:

Sind Sie schwanger?

Jahr der letzten Mammographie	Jahr	Praxis
-------------------------------	------	--------

Jahr bzw. 1. Tag der letzten Menstruationsblutung

Anzahl der Schwangerschaften

Einnahme von Hormonpräparaten, Sexualhormonen

Eigene Krebserkrankung?	Jahr	Organ
-------------------------	------	-------

Sind Sie bereits an der Brust operiert worden?	Jahr	Seite
--	------	-------

Ist Ihre Brust bestrahlt worden?	Jahr
----------------------------------	------

Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt aus der Brust bemerkt?	Farbe	Seite
---	-------	-------

Gab es Veränderungen oder Verletzungen Ihrer Brust?	Beschreibung
---	--------------

	Seite
--	-------

Welche Familienangehörigen sind in welchem Alter an Brustkrebs erkrankt?
--

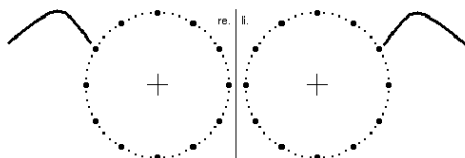
Untersuchungen:

Besonderheiten: _____

Klinik: _____

Tastbefund: _____

Befund: _____



BI-RADS Sonographie: _____ Mammographie: _____

Empfehlung: _____

Datum, Unterschrift Arzt